Aus der Nervenklinik der Universität Halle-Wittenberg.

Beitrag zur Frage der Beschäftigungsneurosen

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der Hohen Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Fritz Winkelmann
aus Colmar (Elsaß)

Halle-Saale 1936

Eduard Klinz Buchdruck-Werkstätten Halle (Saale), Dölauer Straße 14

Aus der Nervenklinik der Universität Halle-Wittenberg.

Beitrag zur Frage der Beschäftigungsneurosen

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der Hohen Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Fritz Winkelmann
aus Colmar (Elsaß)

Halle-Saale 1936

Eduard Klinz Buchdruck-Werkstätten Halle (Saale), Dölauer Straße 14

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Referent: Prof. Dr. v. Stockert
Tag d. mündl. Prüfung: 11. Dez. 1935

Der Begriff „Neurose" soll von Cullen (1786) zum ersten Male gebraucht worden sein, wobei er aber noch nicht so eng umschrieben war, wie heute. Anfangs rechnete man Krankheitsformen dazu, die heute auf Grund eingehender Forschungen, Beobachtungen nicht mehr in dieses fragliche Gebiet eingereiht werden. Cullen verstand unter „Neurosen" Störungen der Empfindungen und der Motilität, wobei Fieber nicht das primäre der Erkrankung war, aber auch die Krankheit nicht von der Schädigung eines Organes abhing. Es ist interessant, zu beobachten, welchen Eifer man an den Tag legte, um das Wesen der Neurose aufzuklären. Alle Disziplinen der Medizin versuchten dieses Problem zu fördern, um seinen wahren Charakter zu erkennen. Erwähnt seien aus dem internen Lager v. Bergmann, v. Weizsäcker. Als die Pathologie unter Virchows Führung einen Vorstoß machte und bemüht war, für jedes Leiden eine pathologisch-anatomische Grundlage zu finden, besonders später, als die Histologie weiter ausgebaut wurde, so kam es auch, daß früher fälschlich als Neurosen aufgefaßte Erkrankungen nicht mehr dazu gerechnet werden. Der Weltkrieg hat in der Folgezeit, durch neue Impulse veranlaßt, daß man sich energischer mit der Neurosenfrage befaßte. Der Neurologentag in Kassel (1925) brachte das Bild von einer Revision dieses Kapitels in der Zeit, wobei der Sitzungsbericht in der sehr widersprechenden Debatte ein starkes Auseinandergehen der Meinungen erkennen läßt.

Wir wissen, daß in der Medizin manche Krankheiten unter ähnlichen, sogar gleichen äußeren Erscheinungen verlaufen. Unsere Aufgabe ist es, durch unermüdliches Zusammentragen von einzelnen Beobachtungen, seien sie auch noch so klein, zur Differenzierung brauchbares Material zu schaffen, daß man das Wesen der Erkrankungen erkennen und die richtige Diagnose stellen kann.

Wie ich schon erwähnte, faßte Cullen unter dem Begriff „Neurose" Störungen der Empfindungen und der Motilität auf, die nicht auf Fieberwirkungen beruhten, die aber auch nicht von der Schädigung eines Organes abhingen, sondern mehr von der Allgemeinaffektion des Zentralnervensystems. Man sprach in der Folgezeit von „funktionellen" Störungen. Da nun oft keine anatomischen Veränderungen vorlagen, so trat die Frage auf, welcher Art die Störung sei. Die Forschungsrichtungen gingen hier stark auseinander und fanden in dem Wechsel der jeweilig bevorzugten Methotik ihren Niederschlag, wobei abwechselnd die Physik voranging, um von der physiologisch-chemischen Fragestellung abgelöst zu werden. Andere Forscher richteten auf den endokrinen Apparat ihr Augenmerk und stellten damit den konstitutionellen Faktor in den Vordergrund. Hier war es Frankl-Hochwart, der sich mit der Beeinflussung psychischer Vorgänge durch die endokrinen Drüsen beschäftigte. Die funktionelle Betrachtungsweise des Leidens leitete unwillkürlich das Interesse auf die psychophysischen Zusammenhänge, wobei auch solche Meinungen laut wurden, die von einer psychogenetischen Betrachtungsweise ihren Ausgang nahmen, um von hier aus gegen die Neurosen vorzustoßen. Ich erinnere hierbei an die französische Schule, weiter an Adler, Freud. Man versuchte sogar die sogenannten „großen Neurosen" psychogenetisch zu erklären. Aber auch auf die Organneurosen ließen sich die psychischen Momente in Anwendung bringen. Das Gleiche gilt auch für die Beschäftigungsneurosen, über die ich berichten und versuchen werde, sie verständlich zu machen.

Zwischen der Psyche und dem vegetativen Nervensystem bestehen zweifellos Beziehungen, denn die Affekte sind mit vegetativen Schwankungen eng verknüpft. Ich verweise hier auf L. R. Müller „Lebensnerven und Lebenstriebe". Gerade bei den Organneurosen kann dieses beobachtet werden, deren Organe auf psychische Momente sehr deutlich ansprechen. L. R. Müller sieht in den Affektäußerungen höhere, das Einzelwesen schützende bzw. fördernde, Reflexvorgänge. Die meisten Neurotiker sind vegetativ stigmatisiert. Sie zeigen eine Labilität des Gefühlsystems, das in die Stammganglien lokalisiert wird, gesteigerte mechanische Erregbarkeit der Muskulatur, Neigung zu Schweißausbrüchen. Außerdem finden wir eine gesteigerte psychische Erregbarkeit und Stimmungsabilität, die sich aus der Einstellung zum Leben entwickelt hat. Irgendein Ereignis im Leben des Patienten bietet dazu den Anstoß. Adler spricht von der Veranlagung, die eine große Rolle für den Ausbruch und den Verlauf der Erkrankung spielen soll. („Über den nervösen Charakter").

Wir wissen aus dem täglichen Leben, wie sehr die Affekte auf den menschlichen Organismus einwirken, wie sehr die Organfunktionen von ihnen beeinflußt werden können. Es sind physiologische Reaktionen. Da fällt uns zunächst die affektive Bedeutung der Haut auf, die auf psychische Reize am deutlichsten zu antworten vermag, zwar durch Erröten, Bleichwerden, je nachdem die Reize ein Lust-Unlustgefühl, Schreck, Freude, usw. hervorrufen. Weiterhin beobachten wir plötzlich auftretende Schweißausbrüche, die ohne irgendwelche organischen Erkrankungen zustandekommen. In das Gebiet der Sekretionen gehört die Überproduktion von Darmsaft, die in Gemeinsamkeit mit gesteigeretr Peristaltik empfindliche Diarrhoen erzeugen kann. Es kommen aber auch Fälle vor, bei denen die Affekte die Produktion von Darmsaft verringern. Aus diesen teils physiologischen Reaktionen können sich nun sekundär Neurosen entwickeln, wobei die Aufmerksamkeitszulenkung durch übertriebene Selbstbeobachtung eine Fixierung des Leidens bedeutet. Meistenteils sind sie an die Gegenwart einer zweiten Person gebunden, sodaß v. Stokkert sie als Kontaktneurosen bezeichnet. Hierher gehört z. B. Erythrophobie, wobei es sich um eine erhöhte Reaktionsbereitschaft handelt, der die damit behafteten Menschen in einen Angstzustand versetzt, sodaß sie gern ihnen unangenehmen Situationen auszuweichen versuchen. Der Hauptgrund ist hier in einer übertriebenen Selbstbeobachtung zu suchen, wodurch dieser Zustand psychogen zu erklären ist. Auch die Schweißausbrüche sind bei Neurotikern als psychogen überlagert zu betrachten. Sie empfinden eine feuchte Hand als Ekel und werden, sobald sie jemanden die Hand zum Gruße reichen, das gleiche peinliche Gefühl auf der Geigenseite erwarten. Der Gedanke daran, daß der Andere das Schwitzen bemerken könnte, bringt sie in eine unangenehme Situation, in der die Absonderung des Schweißes mit gleichem Augenblick beginnt. Sind die Hände dagegen bekleidet, wird man dieses nicht beobachten. Auch hier kann es zu einer Fixierung kommen. Bei den Magenneurosen handelt es sich ebenfalls um Störungen, die sekundär fixiert worden sind. v. Bergmann und mit ihm viele andere Internisten haben sich der psychogenetischen Auffassung angeschlossen. Auch im Sexualleben finden wir Beispiele, die sich im Laufe der Zeit zu einer Neurose auswirken können, sobald die Psyche eine Fixierung zustandekommen läßt. Denken wir an die Menschen, die an und für sich ganz natürliche Errektionen haben, die aber die normale Cohabitation nicht ausführen können, weil sie im entscheidenden Moment versagen. Es kommt wohl eine Errektion zustande, die Cohabitation wird aber durch Ejaculatio praecox beendet.

Bei dieser Art Neurosen muß man an die Beurteilung von verschiedenen Seiten herangehen, man muß mit internistischem Rüstzeug ausgestattet versuchen, zunächst organische Erkrankungen auszuschalten. Denn, wenn ein primär vorhandenes, organisches Leiden

eine Neurose bewirken kann, so ist man auch geneigt anzunehmen, daß, wie Strümpell sagt, auf Grund von nervösen Störungen sich auch eine organische Erkrankung entwickelt. v. Bergmann spricht in diesem Falle von einer Ulcusbereitschaft. Heilig und Hoff, die sich besonders mit der Beeinflussung von Organfunktionen durch Hypnose befaßt haben, gelang es bei ihren Versuchspersonen Affekte hervorzurufen. Diesen Suggestionen gegenüber verhielten sie sich entsprechend. Aus diesem Grunde kann man annehmen, daß die psychogene Überlagerung immer eine gewisse Rolle spielt.

Eine psychogenetische Betrachtungsweise der Neurosen ist das Problem der Organminderwertigkeit, wie es von Adler aufgestellt worden ist. Durch übertriebene Selbstbeobachtung, meist in frühster Kindheit schon beginnend, werden die Patienten auf irgendwelche Schäden eines Organes aufmerksam gemacht. Das befallene Organ ist gleichsam ein „Punktum minoris resistentiae". Sie vergleichen sich mit der Umgebung, schätzen sich dementsprechend geringer ein, erlangen dann eine Unsicherheit. Sie führen einen Kampf der Selbstbehauptung, sind ängstlich darauf bedacht, die Minderwertigkeit zu kompensieren. Die Neurotiker führen einen Kampf der Gleichberechtigung. Sie verwenden aus diesem Grunde ihre ganze Aufmerksamkeit, um das minderwertige Organ zu behüten. Dadurch übt die Psyche eine dauernde Steuerung aus. Der Kranke befindet sich in einem steten Angstzustand, wobei die ängstliche Erwartung die Störung steigert. Kraeplin hat hierfür den Ausdruck „Erwartungsneurose" geprägt. Andererseits finden sich hier auch solche, bei denen die hysterische Komponente mehr zum Vorschein kommt. Diese haben Interesse an der Sammlung von Symptomen. Sie haben sie jederzeit zur Hand, um sie zu gebrauchen. Wir finden eine gewisse Zielsetzung. Der Hysteriker hat den Drang, eine bestimmte Unlustsituation zu vermeiden.

Eine weitere Fragestellung ist die Organwahl. Warum der eine dieses, der andere jenes Organ wählt, bedurfte der Untersuchung. Auf Adlers großzügige Versuche der Organminderwertigkeitstheorie haben wir bereits hingewiesen. Danach findet man immer bei genauer anamnestischer Befragung, daß irgend ein Ereignis im Verlauf der persönlichen Entwicklung die Aufmerksamkeit auf ein für den Betreffenden im Augenblick wichtiges Organ gelenkt hat. In diesem Zusammenhang waren die Beschäftigungsneurosen an erster Stelle zu nennen. Die Auffassung über diese Art Neurosen sind bei den einzelnen Autoren verschieden. Oppenheim versteht unter den Beschäftigungsneurosen solche, wo Innervationsstörungen der Muskulatur auftreten, und zwar nur bei bestimmten, komplizierten Bewegungen, die erst durch Übung erworben werden müssen. Gutzmann faßt z. B. das Stottern, das ebenfalls als Beschäftigungsneurose bezeichnet werden kann, als spastische Koordinationsneurose, auf funktioneller Grundlage entstehend, auf. Hierbei soll die Ermüdung eine gewisse Rolle spielen. v. Stockert machte einen Versuch, eine Gruppe von den Beschäftigungsneurosen abzugrenzen, die er als „Kontaktneurosen" bezeichnete. Sie haben in ihrem Ursprung zwei Faktoren gemeinsam, 1. Hinlenkung der Aufmerksamkeit auf ein Organsystem oder Funktionsablauf, und 2. die Gegenwart einer zweiten Person, die diese Dyspraxien wahrnimmt. Er nannte die motorischen Fehlleistungen infolge störender Hinlenkung der Aufmerksamkeit auf an sich automatisierte Handlungen „ideomotorische Parapraxien". Aus dem täglichen Leben wissen wir, daß Störungen dieser Art recht häufig sind, daß sich Menschen, denen man bei ihrer Beschäftigung zusieht, wobei sie das Gefühl der genauen Beobachtung haben, beeinträchtigt fühlen. Im Stadium des Erlernens irgend einer neuen Tätigkeit befindet sich der Betreffende in einer gewissen Disposition, daß seine zu erlernenden Handlungen leichter durch Fehlinnervationen durchkreuzt werden können. Aus diesem Grunde ist jeder bestrebt, neue Tätigkeiten möglichst unbeobachtet zu üben.

Dieses gilt für eine Reihe von Fällen, z. B. Schreiben, Klavierspielen, um einige zu nennen. Aus diesen angeführten sogenannten fakultativen Parapraxien kann es zu einer Fixierung der Störung kommen, wie wir es am ausgeprägtesten bei dem Stottern finden. Gerade bei der Erlernung der Sprache ist die stete Kontrolle durch einen Partner erforderlich. Es liegt in der Natur der Sache, daß hier die Aufmerksamkeitszulenkung eine außerordentliche große Rolle spielt, weil jeder mißlungene Versuch eine neue Niederlage für den Stotterer bedeutet. Das Stottern wird z. T. als Organneurose, teils um mit Gutzmann zu reden, als spastische Koordinationsneurose, auch als Beschäftigungsneurose aufgefaßt.

Fröschels und Höpfner haben durch systematische Beobachtung der Entwicklung des Leidens, die Psychogenie des Stotterns, geklärt, die im Gegensatz zu der Krampftheorie steht. Scharrpf wies Beziehungen zwischen Stottern und organisch bedingten Sprachstörungen nach, wobei er annimmt, daß das Stottern nicht nur psychogen, sondern auch mit großer Wahrscheinlichkeit organisch aufzufassen sei, im Sinne einer Minderwertigkeit des cerebralen Sprechapparates, v. Stockert vertritt im Anschluß an Fröschels, im Gegensatz zu dieser Annahme, die Ansicht, daß ein Stottern bei organischen Sprachstörungen als eine sekundäre Reaktion aufzufassen sei, d. h. der betreffende Kranke sucht seine sprachliche Behinderung durch Beschleunigung des Tempos und erhöhten Kraftaufwand zu kompensieren, wodurch das Bild eines tonischen Stotterns erzeugt wird. In diesem Sinne glaubt er daher nicht von einem „aphasischen Stottern" sprechen zu dürfen, sondern diese Störung als Stottern bei Aphasie bezeichnen zu müssen.

Es ist anzunehmen, daß der „nervöse Charakter" (Adler) als Disposition eine große Rolle spielt. Die Sprachdynamik steht in gewisser Abhängigkeit vom Affekt. Somit läßt sich auch das Stottern durch Fortnahme der Erwartungsspannung bessern. Man kann diese Sprachstörung direkt als Erwartungsneurose auffassen. Läßt man den Patienten allein im Zimmer, ohne daß er die Anwesenheit einer zweiten Person bemerkt, so kann man ein immerhin fließendes Sprechen veranlassen. Diese Dysfunktionen kommen nur in Gegenwart eines Partners zustande, von dem der Kranke annimmt, daß er von seinem Fehler nichts weiß, vor dem er sich blamieren könnte. Man kann eine gewisse Ängstlichkeit beobachten, mit der er dem anderen entgegentritt. Er fürchtet eine neue Niederlage, die ihm das vielleicht schon gewonnene Selbstvertrauen wieder entschwinden läßt. Die Aufmerksamkeit, die er dem Sprachablauf zuwendet, läßt ihn scheitern.

Man kann nun in weitgehendstem Maße das Stottern zur günstigen Seite bessern. Ein alter Stotterer, den wir zu beobachten Gelegenheit hatten, zeigte ursprünglich eine normale sprachliche Entwicklung. Im dritten Lebensjahre erkrankte er dann plötzlich an einer Pneumonie, die ihm seiner Aussage gemäß fast das Leben kostete. Nach dieser Zeit soll sein Leiden begonnen haben. Es gab Zeiten, wo das Stottern weniger zu spüren war. Im elterlichen Hause betätigte er sich nützlich. Sein Vater war Fleischermeister, in seinem Betriebe wurde ein Explosionsmotor zum Antrieb verwendet. Dieser habe sehr viel Fehlzündungen gehabt, die ihn schreckhaft werden ließen, sodaß er den Raum nicht gern betrat. Sogar des Abends, beim Andrehen des elektrischen Lichtes, bekam er Angstzustände. Er sei von Natur aus empfindsam und in Nächstenliebe erzogen worden. Er könne nicht ertragen, wenn das Alter nicht geehrt würde, ebenso könne er Ehrverletzungen nicht ausstehen. Er sei sehr ehrgeizig, habe sich den älteren Bruder, der viel im Leben erreicht hätte, zum Vorbild genommen.

Dieser Fall erwies sich als sehr hartnäckig, da er erstens ein „alter Stotterer" war, der durch eifrigste Selbstbeobachtung sich

dermaßen in seinem Leiden verrannt hatte, und zweitens nie regelmäßig zur Behandlung kam. Er sprach sehr langsam und monoton. Da er das Leiden schon lange hatte, verfügte er über eine Anzahl Erfahrungen, die er seinerseits in der Praxis anwandte, um so ein besseres Sprechen zu erzielen. Er sagte mir z. B., daß ein Stotterer nie an seine Aussprache denken dürfe, er müsse vielmehr an den Ton denken, um Erfolge zu haben. Die Erwartung einer neuen Niederlage sei das schlimmste. Wenn das peinliche Gefühl geschwunden sei, ging es tadellos. Ein Ausspruch von ihm sagt: „Wir Stotterer sind feinfühlige Menschen. Wenn wir das ablegen könnten, würde uns geholfen sein. Wir sind sehr vom Affekt abhängig." Eine Beeinflussung und somit Besserung des Stotterns kann man auch dadurch erzielen, daß man systematisch die Aufmersamkeit von der Sprache ablenkt. Wir müssen versuchen, die Sprachtechnik zu ändern, wobei der Sprechende mehr Wert auf den Ton oder Rhythmus als auf die Sprache legen muß. Wir wissen, das z. B. Stotterer beim Singen niemals Störungen haben. Allerdings will Gutzmann bei einigen Fällen das Gegenteil beobachtet haben. Am wohlsten ist den Stotterern immer, wenn sie zu mehreren auf einmal sprechen dürfen. Sie fühlen sich dadurch unbeobachtet. Ein anderes Mittel, wie wir es oft bei „Alten Stotterern", so auch bei meinen Patienten finden, ist das gedehnte Sprechen, das eine Anlehnung an das Singen darstellt. Diese Patienten gewöhnen sich vollkommen daran und das Resultat ist ein langsames, monotones, gedehntes Sprechen. Man könnte beinahe sagen, es bleibt dem Patienten mehr Zeit, sich für das Wort, was er im nächsten Augenblick sagen will, vorzubereiten. Hierzu ist eine ungeheuere Übung erforderlich. Da die Stotterer im allgemeinen sehr affektiv sind, wird es zuweilen vorkommen, daß sie aus ihrem künstlich geschaffenen Rahmen heraus fallen und so aufs neue ihre Sprachminderwertigkeit entdecken. Eine weitere Möglichkeit der Aufmerksamkeitsablenkung ist die Änderung des Rhythmus und der Betonung. Das abgehackte Formulieren der Worte und Sätze ist ebenfalls sehr gut geeignet, den Patienten über die ängstliche Erwartung hinwegzubringen. Leider wird den Patienten dadurch nicht geholfen, denn die Umgebung würde doch die komische Sprechweise bemerken und wird sich fragen, warum dieses geschieht, und so merken, daß es sich um einen an einer Sprachstörung leidenden Menschen handelt. Dieses wissen unsere Patienten, wodurch sie sich wieder benachteiligt fühlen müssen und die Minderwertigkeit ihres Sprachapparates erkennen, ihre Aufmerksamkeit wieder hierauf lenken.

Durch solche Erfahrungen veranlaßt, sah man sich nach anderen technischen Mitteln um. Bei diesen Versuchen nahm man von einem eigenartigen Symptom der Stotterer, den sogenannten Mitbewegungen, seinen Ausgang. Man fand, daß die Patienten beim Sprechen besonders schwieriger Stellen durch irgendwelche Handlungen, die mit dem Sprechen nicht in Einklang gebracht werden konnten, sich Erleichterung des Aussprechens verschafften, sei es durch Armzucken, sei es durch Seitwärtsdrehen, oder Stampfen mit dem Fuße usw. Bei näherer Betrachtung sah man aber, daß es sich um systematische Bewegungen handelte, die irgend einen Zweck zu erfüllen hatten. Liebmann sah in den Bewegungen akcessorische Handlungen, Strümpell abnorme Bewegungen in den Muskeln, die zu den gewollten Bewegungen nicht in Beziehung stehen. Fröschels nannte sie Mithandlungen. Man kann an dem Grade der Mitbewegungen nicht Rückschlüsse auf die Schwere des Stotterns schließen. Nach Fröschels gibt es im Primärstadium, im sogenannten Entwicklungsstadium des Stotterns, keine Mitbewegungen. Erst bei fortschreitendem Leiden treten sie auf, um in der nächsten Entwicklungsphase zu verschwinden, d. h. sie werden kaschiert. Gutzmann steht allerdings auf dem Standpunkt, daß es sich bei den Mitbewegungen um Ableitung der Krämpfe des Silbenkoordinationsapparates auf andere

Muskelgruppen handeln kann. Denhardt nannte sie Begleithandlungen, da durch die Mitbewegungen dem Patienten ein besseres Sprechen gelingt. v. Stockert hatte, von der Beobachtung der scheinbar unbewußten Mitbewegungen ausgehend, Patienten dagegen aufgetragen, bestimmte Bewegungen auszuführen. Er vermutet, daß in der Zulenkung der Aufmerksamkeit auf den Sprechakt, das Grundübel des Stotterns liegt. Er hatte tatsächlich eine Besserung des Sprechens beobachtet. Er ließ z. B. Patienten die Arme seitwärts stemmen, während der Patient das Wort sprach. Bei meinem Patienten hatte z. B. das Zusammenschlagen des Daumens mit dem Zeigefinger, ungefähr 60 mal in der Minute, Erfolge. Er lenkte seine Aufmerksamkeit auf die Hand ab, und sprach ziemlich fehlerfrei. Nach einer gewissen Zeit jedoch bemerkte man, daß die sprachlichen Störungen von Neuem auftraten, was auf eine Automatisierung des Vorganges schließen ließ.

Mohr hat in seinem Buch, „Psycho-physische Behandlungsmethoden", auch schon über Ablenkungsverfahren bzw. Überrumplung des Patienten gesprochen. Aus dem Vorhergehenden sehen wir, wie weit eine Besserung dieser Neuroseform möglich ist. Daß man hierbei der Auffassung und dem Intellekt des Patienten Rechnung tragen muß, ist einleuchtend. Wir werden bei einem Arbeiter, der ein bestimmtes Intelligenzmilieu sein Eigen nennt, weniger Schwierigkeiten haben, als bei einem sogenannten „Intellektuellen". Es ist interessant zu beobachten, daß ausgesprochene Neuroseformen oder besser gesagt der höhere Prozentsatz in der gehobenen Gesellschaftsschicht vorkommen. Wahrscheinlich liegt es daran, daß der einfache Arbeiter sich dieser Krankheitserscheinungen gar nicht bewußt wird, weil er von morgens bis abends körperlich arbeiten muß und weil er dann kaum Zeit findet, an sich zu denken. Ihm bedeuten diese Anzeichen nichts, wenn es sich nicht um solche Symptome handelt, die seine Arbeitsfähigkeit in weitgehendstem Maße einschränken. Wahrscheinlich wird es sich dann immer um Leute mit einer gewissen Neurosediposition handeln. Meistenteils stehen diese an Stellen, an denen sie von anderen überwacht werden können. Sie haben dann im Laufe der Zeit ihr Selbstvertrauen verloren, haben sich aber mit großem Mut immer wieder neuen Gefahren ausgesetzt, um bereits erlittene Niederlagen gut zu machen. Da die Stotterer in ihrer Feinfühligkeit besonders empfindlich gegen die ihnen zugefügten Sticheleien sind, werden sie im Laufe der Zeit Eigenbrödler, sie ziehen sich zurück. Sie fürchten sich, benutzen jede Niederlage, um sich von anderen zu entfernen. Es gibt auch andere dagegen, die in ihrem Ehrgeiz, sich in die unmöglichsten Situationen wagen. Ein Patient sagte mir, daß er sich mit Vorliebe mit Vorgesetzten unterhielte, die ihm überlegen wären, um so an ihnen zu lernen, wie man sich in schwierigen Positionen bewegen müßte. Er habe weiterhin großen Wert auf Verhandlungen gelegt, die unter schweren Bedingungen geführt werden mußten, um auf diese Art sein Selbstvertrauen zu erlangen und zu festigen. Ich habe den Eindruck, daß er jetzt beinahe masochistischen, selbstquälerischen Charakter zur Schau trägt, daß er eine gewisse Freude an den Niederlagen hat, um sich immer wieder sagen zu können: „Du bist der Leidende, es hat doch keinen Zweck, etwas daran zu ändern." Wenn ihm geholfen werden solle, müsse er sein Selbstvertrauen wiedererlangen, sonst wäre es nach seiner Ansicht vollkommen aussichtslos. Das Selbstbewußtsein spielt eine große Rolle. Man kann immer wieder entdecken, daß Stotterer ängstliche, nervöse Menschen sind, denen das persönliche, gesunde „Ich" bei denen es eine Zeit gegeben hat, sie liegt wahrscheinlich schon lange zurück, in der sie durch ihr Leiden bedingt, versucht haben, ihren Mangel durch irgendwelche Handlungen auszugleichen. Leider fällt dieser Termin größtenteils in die Schulzeit. Die Schulkameraden haben dafür kein Verständnis, sie urteilen nach dem Äußeren, hänseln den Betreffenden bei jeder Gelegenheit. Er wird scheuer und zurück-

gezogener, läßt sich mit keinem mehr ein. Womöglich handelt es sich dann noch um ein Kind, das sich infolge Schwächlichkeit dieser Schmach nicht wehren kann. Ein Patient sagte mir: „Wenn ich nicht der Jüngste gewesen wäre, hätte ich wahrscheinlich nie gestottert." Es ist nun naheliegend, daß sich das Kind nun anderweitig nach einem Ausgleich umsieht, sein Minderwertigkeitsgefühl zu verdecken, eine Art Vormachtsstellung zu erlangen. Dieses erreicht es am besten zu Hause. Die Eltern und Geschwister wissen von seinem Fehler, so versucht es durch Trotz, Ungehorsamkeit, Eigensinn, das Gefühl, irgend einen Fehler zu besitzen, wett zu machen. Es hat immer nur das eine Ziel vor Augen, sich die Überlegenheit zu sichern, dabei verliert es aber immer mehr sein Selbstvertrauen.

Man muß aus diesem Grunde das Selbstbewußtsein des Patienten mit allen zu Gebote stehenden Mitteln zu heben versuchen, man muß ihn in einen Zustand bringen, der einer Euphorie ähnlich sieht. Er fühlt sich dann vollkommen frei von seinen Beschwerden und ist in gehobener Stimmung. Ich habe nun mit meinen Patienten, wobei es sich um Stotterer und auch um andere Neurotiker, die aber in das Gebiet der Beschäftigungsneurotiker zählen, handelt, Versuche gemacht. Wir wissen, daß sich ein Mensch, je nach der Menge des Alkohols, in einem Zustand befindet, in dem er alle Sorgen vergißt, sich frei und unbeschwert fühlt. Es ist alles viel zu lächerlich, um sich dabei noch mit unnützlichen Gedanken abzugeben. Tatsächlich habe ich bei meinen Patienten festgestellt, daß sie an solchen Abenden keinerlei Beschwerden zu haben glaubten, daß sie sich wohler gefühlt haben, es seien keine Verschlechterungen, sondern sogar Besserungen eingetreten. Mit Hilfe des Evipan-Natriums habe ich solche euphorischen Zustände provoziert und sie später zu Heilzwecken benutzt.

Bald nach der intravenösen Injektion des Evipan-Natriums machte sich bei den Stotterern eine deutliche Besserung bemerkbar. Sie sprachen fließend, nicht anstoßend. Man könnte eine gewisse Freude beobachten, da sie das Gefühl hatten, jetzt endlich von ihrem Leiden erlöst zu werden. Nach der Wirkung des Narkotikums verfielen sie bald wieder in ihren alten Zustand zurück, wodurch sie niedergeschmettert wurden, weil sie eine neue Niederlage einstecken mußten. Denn bei dieser Neuroseform handelt es sich um Störungen einer Funktion, die um mit v. Stockert zu sprechen eine der sozialsten Funktionen ist, die dauernd gebraucht wird. So läßt sie also bei dieser Gelegenheit die Minderwertigkeit erkennen. Deshalb ist der Evipan-Rausch bei Stotterern nicht so geeignet, ich möchte fast sagen, überhaupt nicht geeignet, wie bei anderen Neuroseformen, über die später berichtet wird. Man kann ihn allerdings zur Einleitung für hypnotische Versuche und Heilmethoden heranziehen und durch diesen Einfluß das Selbstvertrauen zu heben versuchen.

Bei der psychotherapeutischen Behandlung muß man den Intellekt des Patienten berücksichtigen, man muß die Gesamtpersönlichkeit erfassen, ohne die man keine Erfolge zeitigen kann (Mohr). Hier setzen die Psychoanalytiker an, deren Arbeitsweise man in den Forschungskreisen einer eingehenden Untersuchung unterzogen hat. Sie bemühen sich, das Leiden bis ins Kleinste zu erforschen, um die Komplexe der Minderwertigkeit zu entdecken, um dort mit ihrer Behandlung zu beginnen.

Man kann immer wieder beobachten, daß die Aufmerksamkeitszuwendung ein wichtiger Faktor der Neuroseerkrankung ist. Es ist daher naturgemäß eine Aufgabe gesetzt, die sich mit der Einengung des Bewußtseins in bezug auf die Erkrankung befaßt, wovon zweifellos die Heilungstendenz abhängt.

Bei meinen Patienten hatte ich Gelegenheit noch andere gleichzeitig vorhandene Störungen zu beobachten, die wahrscheinlich auf vegetative Stigmatisation beruhen, wobei die Psyche auf Umwegen über das autonome Nervensystem irgendwelche Ausfälle verursacht.

Sie kommen sehr oft kombiniert vor, sodaß man hier an gewisse Organbeziehungen denken kann. Bei der anamnestischen Befragung geben die Patienten oft an, Störungen beim Wasserlassen zu haben, das man als Harnstottern bezeichnet hat. Es ist ihnen unmöglich im Beisein anderer Menschen zu urinieren, weil sie durch die Beobachtung beeinträchtigt werden. Es kommt dann zu einer Störung der Harnentleerung, zu einem krampfhaften Verschluß des Sphincters. Obwohl sie den Druck der Blase als sehr unangenehm empfinden, sind sie nicht in der Lage, den Urin nach außen zu entleeren. Weiterhin geben die Kranken an, daß sie besonders leicht erröten, daß sie auch Potenzstörungen bemerkten, bzw. bemerkt haben. Sie hätten sich dann im Laufe der Zeit verloren. Adler hat auch solche ähnlichen Zustände beschrieben, wobei er annimmt, daß hier eine gewisse nervöse Konstitution eine große Rolle spielt. Man hat schon Einzelfälle von Harnstottern, Erythrophobien usw. beschrieben, die sogar sehr häufig vorkommen. Wenn sie nicht in die Sprechstunde kommen, so liegt es wohl lediglich daran, daß die Betreffenden das Unnormale nicht bemerken, daß es ihnen nicht direkt als krankhaft zum Bewußtsein kommt, oder sie schämen sich, deswegen die Hilfe eines Arztes in Anspruch zu nehmen. Auch hier scheint die Aufmerksamkeitszulenkung eine große Rolle zu spielen. Bei der Prognose des Harnstotterns muß man natürlich organische Prozesse, z. B. Cystitis, vorher ausschalten, denn ein Harnstottern dieser Art wird sich bald nach Schwinden der Schmerzen, verlieren, wenn nicht eine neuropathische Konstitution das ihrige tut, um ein Fortbestehen des Leidens zu festigen, sodaß es zu einer Fixierung kommt.

Wie ich schon sagte, hat die Aufmerksamkeitszulenkung einen großen Einfluß auf die Auswirkung der Neurosen dieser Art, insbesondere auf die Beschäftigungsneurosen. Ich denke an die durch diese hervorgerufenen spatischen Störungen, wie sie beim Schreibstottern, Flötenstottern und anderen vorkommen. Auch in dieser Beziehung konnte ich einige Fälle beobachten. Ihr Auftreten und Verschlechterung hingen von der jeweiligen Selbstbeobachtung in stärkstem Maße ab. Auch hier kann man den Gutzmannschen Ausdruck „spastische Koordinationsneurose" anwenden. Der Schreibkrampf ist eine der bekanntesten Beschäftigungsneurosen, der zum ersten Male genau von Brück (1831) beschrieben worden ist. Es handelt sich hier um eine Fehlinnervation, um eine Durchkreuzung einer bestimmten, durch Übung erworbenen, komplizierten Tätigkeit, die von einem geordneten Muskelspiel in höchstem Maße abhängt. Die Angst, sich zu blamieren, hat einen großen Anteil an dem Wesen der Erkrankung. Dadurch muß der Aufmerksamkeitszulenkung durch eifrige Selbstbeobachtung ein großer Wert beigemessen werden. Man beobachtet schon bei geistig und körperlich gesunden Menschen oft Störungen, besonders wenn sie sich überwacht fühlen. Man wird die Störung durch Kompensation zu beseitigen suchen, in dem man das Tempo beschleunigt. Hierzu benötigt man einen größeren Kraftaufwand, wodurch schließlich das harmonische Zusammenspiel der Muskulatur gestört wird. Wie viel mehr ist dieses bei den neuropatischen Leuten der Fall. Der tiefere Grund wird in der Neurosedisposition zu suchen sein. Es ist bemerkenswert, daß nicht Leute, die viel schreiben, sondern die auf gute Ausführung achten müssen, an dieser Art der Neurose erkranken. Ob nun irgendwelche exogenen Momente mitsprechen, muß jeweilig entschieden werden. Besonders nach dem Kriege war das Heer der Neurotiker sehr groß. Für die Ärzte war es eine verantwortungsvolle Zeit, bei Begutachtungen die rein neurotischen Fälle von den hysterischen zu trennen. Denn viele versuchten auf Kosten des Staates, sich aus ihrem Leiden einen leichten Gelderwerb zum Lebensunterhalt zu schaffen. Ich habe verschiedene Fälle, die nicht als sogenannte Rentenneurosen aufzufassen sind, beobachten können. Die Beschwerden waren erst nach dem Kriege aufgetreten, an dem sie teilgenommen hatten. Ein Patient hatte eine

Verwundung, links oberhalb des rechten Schulterblattes erlitten. Durch die Verwundung war eine Bewegungsbehinderung des Armes eingetreten, die ihrerseits die Aufmerksamkeit des Patienten auf sich zog. Am Tage der Verletzung sei er in russische Gefangenschaft geraten, habe dort Skorbut durchgemacht. Die Schreibstörung bemerkte er erst seit 1921, nachdem er aus seiner früheren Stellung entlassen worden sei. Bei weiterer Befragung gibt er zu, daß er des öfteren über Lidflattern zu klagen hätte, daß er zu manchen Zeiten sehr aufgeregt sei, wobei er eine Verschlechterung seines Leidens bemerkt haben will. Er zeigte stets starkes Mitgefühl, erröte sehr leicht. Früher habe er beobachtet, daß er beim Wasserlassen Störungen gefühlt habe. In letzter Zeit bemerkte ich, daß er sogar zu stottern anfing. Er selbst führte es auf Aufregungen, die ihn besonders jetzt stark mitgenommen hätten, zurück. Er selbst war lange Zeit arbeitslos gewesen, hatte aber vor kurzem leichtere Beschäftigung erhalten. Mit diesem Patienten habe ich mich nun sehr eingehend beschäftigt. Es handelt sich bei ihm um ein sogenanntes Schreibstottern, das ich nicht als Schreibkrampf bezeichnen möchte. Sobald er zum Buchstaben ansetzte, begann die Hand oscillierende Bewegungen zu machen, die auf eine Innervationsstörung im Handgelenk beruhte. Die ausfahrenden Bewegungen wurden mit der Hand vollführt. Dieses trat aber nur dann auf, wenn er das Geschriebene sehen konnte, daß seine Aufmerksamkeit auf die Buchstaben gelenkt wurde. Ich habe ihn aus diesem Grunde in der Luft Schriftzeichen zeichnen lassen, fand aber keine nennenswerten Störungen. Später ließ ich ihn auf einer Glasplatte schreiben, um die Sichtbarkeit der Buchstaben zu vermeiden. Auch hier bemerkte ich keine Ausschläge der Hand. Weiter machte ich einen Versuch, indem ich ihn durch Durchschlagpapier schreiben ließ, ohne daß er das zu Schreibende sehen konnte. Der Patient war ehrlich erstaunt, daß er seinen sonst bis zur Unkenntlichkeit verstümmelten Namen leserlich vor sich sah. Dieses hatte nur meine Vermutung bestätigt. Sobald man ihm die Beobachtung verhinderte, konnte man keine Störung bemerken. Eines Tages ließ ich ihn, einer plötzlichen Eingebung folgend, nicht so wie üblich seinen Namen, sondern den meinigen schreiben. Dieses neue Ansinnen mußte ihn wohl aus seinem neurotischen Fahrwasser herausgeworfen haben, denn er schrieb diesen vollkommen fehlerfrei, während der seinige später an der Grenze der Leserlichkeit war. Ein weiteres Moment, das mir sehr wichtig erschien, war die Feststellung, daß der Patient mit dem Federhalter weitaus schlechter schrieb als mit dem Bleistift. Der Grund ist hier wohl in dem kratzenden Geräusch der Feder zu suchen, die eine Aufmerksamkeitssteigerung bei ihm verursachte. Außerdem konnte er, wie er mir angab, das schwankende Gefühl der Feder nicht vertragen, währenddessen er mit dem Bleistift einen gleichmäßigen, vielleicht etwas zu kräftigen Druck auf die Unterlage ausübte.

Auch mit diesem Patienten machte ich eine Versuchsreihe mit Evipan-Natrium. Er sprach genau, wie der Stotterer gut auf dieses Narkotikum an. Die Koordinationsstörungen waren verschwunden, er schrieb sowohl mit der Feder als auch mit dem Bleistift vollkommen fehlerfrei. Es machten sich keine abwegigen Störungen der Hand bemerkbar. Die einzelnen Schriftzüge wurden ruhig und sicher vollführt. Die oscillierenden Bewegungen existierten nicht mehr. Aber auch hier stellten sich, wie beim ersten Fall, nach Aufhören der narkotischen Wirkung, die Beschwerden wieder ein. Es konnte auf diese Art keine dauernde Wirkung erzielt werden, da es auch in diesem Falle immer wieder eine neue Niederlage bedeutet, wenn auch nicht in so starkem Maße wie beim Stottern. Um nun meine Therapie etwas zu ändern, entschloß ich mich, der Überlegung Rechnung tragend, den Patienten, nicht wie sonst meine Gewohnheit war, nach dem Rausch schreiben zu lassen, sondern gleich zu entlassen, um nicht seine Aufmerksamkeit gleich wieder auf seinen Fehler zu

lenken. Schon nach einigen Sitzungen machte sich der Erfolg bemerkbar, der vielleicht von dauernder Wirkung sein wird. Unterstützt habe ich diese therapeutischen Maßnahmen durch Calciumgaben. Ich hoffe, diesen Patienten für die Folgezeit heilen zu können.

Den nächsten Fall konnte ich leider aus technischen Gründen nicht länger beobachten, da er nur kurze Zeit zwecks Begutachtung in unserer Klinik lag. Hier handelte es sich um eine ganz andere Art Schreibstörungen, den ich als Schreibkrampf auffasse. Auch bei diesem Patienten besteht eine gewisse Neurosedisposition. Er ist sehr ehrgeizig, von übertriebener Subordination. Ernstliche Erkrankungen hat er nicht durchgemacht, außer einer Gasvergiftung im Felde. Die Schmerzen seien schon ziemlich früh aufgetreten. Er habe sie gleich nach dem Kriege bemerkt. Er habe sich nun im Laufe der Zeit, durch einen Kollegen veranlaßt, das Schreiben mit der linken Hand erlernt. Seit 1929 schreibt er nun links, gebraucht die rechte Hand garnicht mehr. Jetzt fange auch die linke Hand an, zu schmerzen. Der Krampf beginnt im Zeigefinger, der zunächst stark flektiert wird, ihm folgen dann der Daumen und der Mittelfinger, schließlich kommt eine krampfhafte Flexion der gesamten Hand zustande. Die Schmerzen empfindet er als sehr stark. Um nun die krampfende Bewegung zu hemmen, legte ich dem Patienten einen derben Stützverband aus Leukoplast um den Daumen und Zeigefinger. Der Erfolg war, daß er, obwohl er nach einer Pause von 6 Jahren, er hatte seit 1929, nicht mehr mit der rechten Hand geschrieben, nun wieder eine sehr gute lesbare Handschrift an den Tag legte. Er versicherte mir, daß er jetzt stundenlang weiterschreiben könne, ohne daß er die geringsten Schmerzen verspürte. Auch mit diesem Patienten machte ich den Versuch mit Evipan-Natrium, der ebenfalls außerordentlich erfolgreich war. Man konnte die ehrliche Freude, mit der er seine Angaben niederschrieb, beobachten. Es sollte in diesem Fall nur ein Versuch sein, eine sofortige Heilung, die der Patient schon annahm, konnte nicht eintreten. Durch die Ablenkung der Aufmerksamkeit bzw. durch die Einengung des Bewußtseins mit Hilfe der toxischen Euphorie konnte ich diese rein spastische Koordinationsneurose lösen. Auch das sich in Begleitung findende Stottern, das durch die übertriebene Subordination zustande kam, schwand im Augenblick der narkotischen Wirkung.'

Nun komme ich zu einem Fall, der ebenfalls durch Aufmerksamkeitszulenkung, und zwar durch ängstliche Zulenkung, entstanden ist. Es handelt sich hier um eine Zahnärztin, die auf Grund von Überanstrengung neuralgische Schmerzen bis zur Ellenbogengegend hatte. Anfangs zeigten sie sich nur in der Ruhe, später auch bei der Arbeit, sodaß sie zeitweise dachte, aussetzen zu müssen. Bei ihr spielt das psychische Moment eine sehr große Rolle. Da sie die einzige Tochter ist, hat sie die Aufgabe, die Eltern zu ernähren. Ihre Mutter leidet an einer Stammganglienskerose. Infolgedessen dachte sie zunächst an eine Vererbung dieser Erkrankung, daß sie eventuell daran erkranken würde, sodaß dieses Leiden manifest wurde. Durch erneute Tätigkeit immer wieder darauf aufmerksam gemacht, glaubte sie, ihren Beruf aufgeben zu müssen, wodurch die Eltern des Lebensunterhaltes beraubt worden wären. Die ängstliche Aufmerksamkeitszulenkung ist hier wohl der wesentlichste Punkt, durch den die Krankheit zur Ausbildung gekommen ist. Es läßt sich bei der Patientin eine gewisse Neurosebereitschaft nicht abstreiten, die sich voll und ganz in dem Wesen der Erkrankten äußert. Denn bei allen Neurosen, insbesondere bei den Beschäftigungsneurosen, scheint die neuropathische Konstitution einer der Hauptfaktoren zu sein, die später, in Gemeinschaft mit der übertriebenen Selbstbeobachtung, die Psyche auf ein minderwertiges Organsystem hinleiten.

Auch von einem sogen. Flötenstotterer kann ich berichten. Bei diesem handelt es sich um Störungen krampfartiger Natur, die

anfangs den 5. Finger der linken Hand befielen. Er bemerkte dieses nur beim Herabdrücken. Später ging diese Dysfunktion auf den dritten und vierten Finger derselben Hand über. Er sagte: „Je mehr ich mir Mühe gebe, die Störung zu beseitigen, desto mehr ziehen sich die Finger zusammen." Man kann hier ebenfalls der psychogenetischen Betrachtungsweise folgen. Durch vermehrte Selbstbeobachtung gingen die Krampfzustände auf die nächstvorhergehenden Finger über, wurden so stark, daß er zeitweilig arbeitsunfähig wurde. Aus Angst um die Stellung versuchte er es immer wieder, bis es schließlich zu einer Fixierung des Leidens kam. Auch hier spielt, wie im vorhergehenden Falle, die Sorge eines Menschen um den Lebensunterhalt eine große Rolle. Jeder neue Versuch, das Leiden nach der günstigen Seite hin zu beeinflussen, durch vermehrte Übung, die Krampfzustände auszuschalten, bedeutet für ihn eine neue Niederlage, die immer mehr zur Fixierung des neurotischen Komplexes beiträgt.

Am Schlusse meiner Betrachtungen fasse ich noch einmal kurz zusammen. Bei allen Neurosen, besonders bei den Beschäftigungsneurosen, muß man eine neuropathische Veranlagung weitgehendst berücksichtigen, die sich in dem Wesen des Erkrankten stark äußert. Gerade die Beschäftigungsneurosen lassen dieses gut erkennen. Sie waren ein Feld, das zu regsamter Arbeit Anlaß boten. Hier handelt es sich um die Äußerung einer Dysfunktion, einer Dyspraxie, die den Betreffenden in seiner Stellung der übrigen Menschheit gegenüber als minderwertig erscheinen läßt, ihm im Laufe der Zeit sogar die Arbeitsfreude raubt. Somit sind die Unglücklichen stets darauf bedacht, ihren Fehler zu verdecken. Sie führen einen Kampf der Selbstbehauptung, der schließlich zum „Kampf ums Dasein" wird. Sie haben Interesse an der Befreiung von ihrem Leiden, da sie nicht als Außenseiter in der Menschheit stehen wollen und können. Wie ich schon sagte, sind die Neurotiker vegetativ stigmatisiert. Sie leiden nicht an einer Erkrankung im eigentlichen Sinne, daß z. B. ein Organ objektiv geschädigt ist, sondern es handelt sich bei ihnen um Äußerungen, die infolge einer Veranlagung, durch besondere äußere Umstände veranlaßt, zustandekommen.

Die vegetative Stigmatisierung läßt sich in manchen Äußerungen erkennen, sei es in Form einer mechanischen Übererregbarkeit der Muskulatur, oder einer Labilität des Gefäßsystems oder einer Labilität des Sekretionsapparates. Wir finden immer, daß bei den Patienten eine erhöhte affektive Ansprechbarkeit der Systeme vorhanden ist.

Bei den von mir untersuchten Fällen konnte ich bei allen eine Ähnlichkeit dieses Zustandsbildes feststellen. Die Patienten geben mir die gleichen Auskünfte, z. B. daß sie leicht erröten, oder daß sie starkes Mitgefühl für die Umgebung zeigen, kein Unrecht oder Ehrkränkungen vertragen können, usw. Man hat den Eindruck, als ob die Neurotiker aus einem Holz geschnitzt sind, wie man zu sagen pflegt. Ob nun irgendwelche Konstitutionstypen bevorzugt von der Neurose befallen werden, bedarf der Klärung, wenn man überhaupt dieser Frage eine größere Bedeutung beimessen will. Bei meinen Untersuchungen konnte ich feststellen, daß mehrere Neuroseformen bei den Patienten gleichzeitig vorkamen, bzw. vorgekommen sind, z. B. Stottern, und krankhaftes Erröten, oder Schreibstottern mit Harnstottern und Sprachstottern verbunden. Die primär vorhandene Störung beherrscht aber das gesamte Zustandsbild, wobei die sekundär festgestellte einen steten Wechsel bietet, der mit der affektiven Beeinflussung in engstem Kontakt steht. Der Hauptfaktor für das gleichzeitige Auftreten mehrerer Neuroseformen ist in der Neurosebereitschaft, in der nervösen Konstitution des erkrankten Menschen zu suchen. Wir finden bei allen Patienten eine Zeit, in der sich plötzlich die Aufmerksamkeit, das gesamte Denken, auf ein Organsystem konzentriert hat, wodurch sich später die Neurose durch

Fixierung entwickelte. Es kann sich dabei um ein objektiv geschädigtes Organ handeln, das später die Grundlage der Neurose bildet, oder der Patient hat bei irgendeinem äußeren Anlaß die Minderwertigkeit eines an sich gesunden Organes entdeckt. Er wird seine ganze Aufmerksamkeit auf das minderwertige Organ lenken, um irgend eine Anomalie oder Funktionsstörung zu finden. Durch ängstliche Selbstbeobachtung kommt es zur Fixierung. Die Psyche hat dabei eine übergeordnete Stellung, die man bei der späteren Behandlung weitgehendst berücksichtigen muß. Man muß vor allen Dingen das gefallene Selbstbewußtsein mit allen zu Gebote stehenden Mitteln zu heben versuchen, sei es psychotherapeutisch, sei es durch Umstimmung des gesamten Organismus oder irgendwelchen mechanischen Mitteln, die einen gleichmäßigen Funktionsablauf garantieren.

Ich verabreichte meinen Patienten neben der Evipanbehandlung noch Calcium-Sandoz-Gaben, worauf sie sehr gut ansprachen. In erster Linie darf der Kranke niemals eine negative Überlegenheit gewinnen, d. h. daß er mit seinem Leiden über den Arzt triumphieren kann, sondern er muß immer fühlen, daß der Behandelnde nicht zu besiegen ist. Denn im Augenblick der Niederlage des Arztes ist dem Patienten in seinen Leiden ein großer Vorschub geleistet, dessen Verringerung für die weitere, günstige Behandlung prognostisch sehr schlecht ist. Allem in allem, man muß bei der Behandlung der Neurosen insbesondere der Beschäftigungsneurosen, den Patienten vollkommen in seiner Hand haben, wenn Aussicht auf Heilung bestehen soll.

LITERATURVERZEICHNIS

Adler: Über den nervösen Charakter. Grundzüge einer vergleichenden Individualpsychologie u. Psychotherapie. Verlag Bergmann, Wiesbaden 1919.

Adler: Praxis und Theorie der Individualpsychologie. Verlag Bergmann, München 1924.

Fleck: Zur Pathologie des Schreibkrampfes. Arch. f. Psych. Wandervers. der südwestdeutschen Neurologen und Psychiater, 1929 in Baden-Baden.

Frankl-Hochwart: Die Beschäftigungsneurosen. Sonderabdruck aus den Verhandlungen des XV. Internat. Kongr. f. Hygiene u. Dermogr. Washington 1912.

Fröschels: Zur Frage der Geschwisterzahl von Stotterern. Wiener Klin. Wochenschr. Jahrg. 33, Nr. 43.

Fröschels: Lehrbuch der Sprachheilkunde. 3. Auflage. Franz Deuticke, Leipzig, Wien 1931.

Heilig u. Hoff: Psychische Beeinflussung von Organfunktionen insbesondere in der Hypnose. Allg. ärztl. Zeitschr. f. Psychotherapie u. psych. Hygiene. Bd. I, 1928. Verlag von S. Hirzel, Leipzig.

Mohr: Psycho-physische Behandlungsmethoden. 1925. Verlag von S. Hirzel, Leipzig.

L. R. Müller: Die Einteilung des Nervensystems nach seinen Leistungen. 1933, Georg Thieme, Verlag Leipzig.

Redlich: Die Revision der Neurosenfrage. Verhandlungen Deutscher Nervenärzte. 15. Jahresvers. in Cassel (1925). Verlag von F. C. Vogel, Leipzig 1926.

Scharpf: Über Beziehungen zwischen Stotterern und organisch bedingten Sprachstörungen. Erschienen im „Nervenarzt" H. 9. 8. Jahrg. 1934.

v. Stockert: Stottern, ein Beitrag zur Frage der neurotischen Organwahl.

v. Stockert: Die Psychogenese des Stotterns. Monatschr. f. Ohrenheilkunde u. Laryngo-Rhinologie. H. 8.[68]. Jahrg. 1924.

v. Stockert: Klinik und Ätiologie der Kontaktneurosen. Klin. Wochenschrift 1929, Bd. I. S. 76.

v. Stockert: Zur Ätiologie der Mitbewegungen beim Stottern. Zeitschr. f. gesamte Neurologie u. Psychiatrie, Bd. 88.

v. Stockert: Zur Differentialdiagnose der Mutismusformen. Med. Klin. Wochenschr. Jahrg. 27. Nr. 41.

v. Stockert: Über Evipanbehandlung in der Psychiatrie. Med. Klin. Wochenschrift, Jahrg. 35. Nr. 7.

LEBENSLAUF

Am 4. Januar 1908 wurde ich als Sohn des jetzigen Verwaltungsoberinspektors Friedrich Winkelmann in Colmar i. Els. geboren. Durch die häufigen Versetzungen meines Vaters waren wir genötigt, den Wohnsitz des öfteren zu wechseln. Nach dem Schulbesuch in Trier, Blankenburg a. H., Halberstadt, legte ich 1929 die Reifeprüfung an der Oberrealschule zu Halberstadt ab. Mein Medizinstudium begann ich in Greifswald, wo ich 7 Semester verbrachte. Im Sommer 1931 bestand ich dort das Vorexamen. Die ersten beiden klinischen Semester hörte ich ebenfalls dort, um den Rest des Studiums in Halle zu verbringen, wohin mein Vater inzwischen versetzt worden war. Ende November 1934 beendete ich mein Staatsexamen und begann am 3. 12. 1934 das Praktische Jahr mit einer viermonatigen Tätigkeit in der Med. Univ. Poliklinik zu Halle (Saale). Im Anschluß daran setzte ich mein Praktisches Jahr in der hiesigen Univ. Nervenklinik fort, wo ich bis zum heutigen Tage tätig bin.

Am Schluß meiner Dissertation erlaube ich mir, Herrn Prof. v. Stockert für die Anregung zu dieser Arbeit und für die freundliche Unterstützung meinen Dank auszusprechen.

Eduard Klinz Buchdruck-Werkstätten Halle (Saale), Dölauer Straße 14
Spezialdruckerei für wissenschaftliche Werke und Dissertationen